

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SEDENA
SECRETARÍA DE
LA DEFENSA NACIONAL

SEMAR
SECRETARÍA DE MARINA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Actualización
2014

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL
REFLUJO GASTROESOFÁGICO
Y DE LA ENFERMEDAD POR
REFLUJO GASTROESOFÁGICO
EN PEDIATRÍA
EN EL PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE
ATENCIÓN

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: SS-013-08

CONSEJO DE
SALUBRIDAD
GENERAL



DIF
Nacional



ÍNDICE

1. Clasificación	3
2. Definición y Contexto.....	3
3. Historia Natural del RGE y ERGE	4
4. Diagramas de Flujo	12

1. CLASIFICACIÓN

CIE-10: ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO K00-K
K21 ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

GPC: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL REFLUJO
GASTROESOFÁGICO Y DE LA ENFERMEDAD POR REFLUJO
GASTROESOFÁGICO EN PEDIATRÍA EN EL PRIMER Y
SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

2. DEFINICIÓN Y CONTEXTO

El reflujo gastroesofágico (RGE) se define como el paso del contenido gástrico hacia el esófago (Colin, 2001).

La regurgitación se define como el paso del contenido gástrico hacia el esófago o hacia la boca “sin esfuerzo alguno” o “arcada”, es decir, no hay contracción del diafragma; es el regreso involuntario hacia la boca, de comida o secreciones previamente deglutidas.

La regurgitación infantil funcional se presenta en lactantes sanos de 3 a 12 meses de edad, con dos o más regurgitaciones al día, en al menos 3 semanas; sin falla para crecer, hematemesis, apnea, anormalidades posturales, dificultad para la alimentación, alteración de mecánica de la deglución o aspiraciones pulmonares (Hyman P, 2006).

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (CIE-10: K21 Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico): ocurre cuando la regurgitación del contenido gástrico ocasiona inflamación o lesiones tisulares.

La enfermedad por reflujo gastroesofágico se define como el proceso manifestado por:

- Síntomas digestivos (o típicos)
 - Regurgitaciones
 - Vómito
 - Disfagia
 - Pirosis
 - Hematemesis
 - Dispepsia
- Síntomas extradigestivos
 - Apnea
 - Irritabilidad
 - Cianosis
 - Aspiración pulmonar
 - Estridor
 - Tos crónica
 - Falla de crecimiento
 - Dificultad para la alimentación o deglución (Vandenplas, 2009; Hyman P, 2006)

El reflujo gastroesofágico ocurre en más de dos tercios de los lactantes menores de 1 año de edad, pero el reflujo patológico sólo se presenta en 1 de cada 300 lactantes. Es una entidad que se autolimita y que generalmente se resuelve entre los 6 y 12 meses de edad; sin embargo, 1% de los lactantes mayores de 1 año de edad continúa con regurgitaciones.

La prevalencia del reflujo gastroesofágico depende de la edad; cerca de 50% de los lactantes menores de 3 meses de edad presenta un episodio de regurgitación al día, a los 4 meses de edad la prevalencia es de 67%, y de 5% entre los 10 y 12 meses de edad. Sólo una pequeña cantidad de lactantes menores desarrolla enfermedad por reflujo gastroesofágico, con síntomas que incluyen disfagia, odinofagia, anorexia, irritabilidad, hematemesis, anemia y falta en la ganancia de peso.

El reflujo gastroesofágico ha sido asociado al síndrome de muerte súbita del lactante y al “casi ahogamiento”, así como a enfermedades respiratorias crónicas, como hiperactividad bronquial, tos crónica, estridor y neumonía recurrentes. Los niños mayores pueden manifestar el reflujo gastroesofágico como los adultos, con regurgitaciones, pirosis y rumiación.

Se conoce muy poco acerca de la prevalencia e historia natural del reflujo gastroesofágico en escolares y adolescentes. El diagnóstico, el tratamiento y la referencia oportuna contribuyen a mejorar la situación clínica en los pacientes pediátricos.

3. HISTORIA NATURAL DEL RGE Y ERGE

SIGNOS Y SÍNTOMAS QUE PUEDEN ASOCIARSE A RGE

Síntomas
• Regurgitación recurrente con o sin vómito
• Pérdida o poca ganancia de peso
• Irritabilidad en lactantes
• Acidez o dolor torácico
• Hematemesis
• Disfagia, odinofagia
• Sibilancias
• Ronquido
• Estridor
• Tos
Signos
• Esofagitis
• Esófago de Barret
• Inflamación faríngea y laríngea
• Neumonía recurrente
• Anemia
• Erosión dental
• Síndrome de Sandifer
• Eventos que amenazan la vida
• Negación a comer
• Crisis de apnea

Tomado de Vandenplas Y. JPGN 49:498–547, 2009.

EVALUACIÓN Y MANEJO DE LOS NIÑOS CON SOSPECHA DE ERGE

La regurgitación recurrente no complicada generalmente disminuye durante el primer año de edad y se resuelve entre los 12 a 18 meses de edad.

La presentación clínica en RGE no complicado (llamados vomitadores felices) es:

- Reflujo gastroesofágico sin esfuerzo
- Regurgitación sin dolor, en niños aparentemente sanos
- Crecimiento normal

En niños con regurgitación recurrente no complicada, se recomienda:

- Educación a los padres
- Modificar frecuencia y composición de los alimentos
- En lactantes con vómito se recomienda el uso de fórmulas de proteínas hidrolizadas durante 2 a 4 semanas, como prueba ante la sospecha de alergia a proteína de la leche de vaca
- En general, no se recomienda otra intervención; por lo tanto, no se recomienda el uso de IBP ni ARH2

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE VÓMITO EN LACTANTES Y NIÑOS

Obstrucción gastrointestinal
<ul style="list-style-type: none"> • Estenosis de píloro • Malrotación intestinal con vólvulos intermitentes • Duplicación intestinal • Enfermedad de Hirschsprung • Membrana antral o duodenal • Hernia encarcelada
Otros desórdenes gastrointestinales
<ul style="list-style-type: none"> • Acalasia • Gastroparesia • Gastroenteritis • Úlcera péptica • Esofagitis eosinofílica • Alergia a los alimentos • Enfermedad inflamatoria intestinal • Pancreatitis • Apendicitis
Otros desórdenes neurológicos
<ul style="list-style-type: none"> • Hidrocefalia • Hematoma subdural • Hemorragia intracraneana • Masa intracraneana • Migraña • Malformación de Chiari
Otros desórdenes infecciosos
<ul style="list-style-type: none"> • Sepsis • Meningitis • Infección de las vías urinarias • Neumonía • Otitis media • Hepatitis
Enfermedades metabólicas endocrinas
<ul style="list-style-type: none"> • Galactosemia • Intolerancia a la fructosa hereditaria • Defectos del ciclo de la urea • Acidemias orgánicas • Hiperplasia adrenal congénita

Enfermedades renales
<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiencia renal • Uropatías obstructivas
Enfermedades tóxicas
<ul style="list-style-type: none"> • Hierro • Vitamina A y D • Intoxicación por ipecacuana, digoxina, teofilina • Plomo
Enfermedades cardíacas
<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiencia cardíaca congénita • Anillo vascular
Otras causas
<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de Munchausen • Abuso o negligencia en niños • Vómito inducido por sí mismo • Síndrome de vómito cíclico • Disfunción autonómica

Tomado de Vandenplas Y. JPGN 49:498–547, 2009.

REGURGITACIÓN RECURRENTE Y POCA GANANCIA DE PESO

Los niños con regurgitación recurrente y poca ganancia de peso no deben ser confundidos con los “vomitadores felices”; aunque la historia clínica y el examen físico pueden ser idénticos, la poca ganancia de peso NO es típica de los lactantes con RGE y es un signo de alarma para iniciar abordaje y manejo. En estos niños:

- Puede ser considerado el espesamiento de la fórmula ya que hay una moderada reducción de la regurgitación
- Se recomienda el uso de fórmulas de proteínas hidrolizadas o a base de aminoácidos en lactantes durante 2 a 4 semanas, como prueba para descartar alergia a proteína de leche de vaca
- Se recomienda realizar :
 - EGO
 - Electrolitos séricos
 - Creatinina
 - Abrodaje de enfermedad celíaca
 - Considerar la realización de SEGD

HISTORIA CLÍNICA EN NIÑOS CON SOSPECHA DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

Historia de la alimentación
<ul style="list-style-type: none"> • Preparación de la fórmula • Cambios recientes en el tipo de alimentación o la técnica • Posición durante la alimentación • Conducta durante la alimentación: arqueamiento, dolor, molestias, asfixia
Vómito
<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia • Dolor • Con sangre o bilis • Asociado a fiebre, letargia, diarrea
Antecedentes personales
<ul style="list-style-type: none"> • Prematuridad • Crecimiento y desarrollo • Hospitalizaciones y cirugías • Resultado de tamiz neonatal • Enfermedades recurrentes, especialmente CRUP, neumonía y asma • Ronquido, irritabilidad e hipo • Apnea • Ganancia de peso y talla previos • Otras condiciones crónicas
Medicamentos
<ul style="list-style-type: none"> • Prescritos • No prescritos • Recientes • Comunes
Historia psicosocial familiar
<ul style="list-style-type: none"> • Estrés • Abuso de drogas maternas o paternas • Depresión posparto
Historia médica familiar
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades significativas • Historia familiar de enfermedades gastrointestinales • Historia familiar de atopia
Tablas de crecimiento que incluyan peso, talla y circunferencia cefálica
<ul style="list-style-type: none"> • Señales de alarma

Tomado de Vandenplas Y. JPGN 49:498–547, 2009.

LACTANTES CON LLANTO O COMPORTAMIENTO INEXPLICABLE

En lactantes con llanto o comportamiento inexplicable, la irritabilidad y la regurgitación son síntomas no específicos que se producen en niños sanos y se asocian con una amplia gama de condiciones patológicas y fisiológicas, como:

- Alergia a la proteína de la leche
- Infecciones del tracto urinario
- Estreñimiento
- Desórdenes neurológicos
- Anomalías neurológicas congénitas o adquiridas
- Enfermedades metabólicas
- Emergencias quirúrgicas
- Exposición al tabaco

No hay evidencia que soporte la terapia de supresión ácida en el niño con irritabilidad, llanto y comportamiento inexplicable.

EVENTOS QUE AMENAZAN LA VIDA

Los RN que presentan apnea y pausas respiratorias o ALTE (*Apparent Life Threatening Event*, eventos que amenazan la vida) se caracterizan por:

- Apnea
- Cambio de coloración
 - Cianosis
 - Palidez
 - Plétora
- Tono muscular anormal
 - Flacidez
 - Rigidez
- Ahogo
- Náusea
- Atención de reanimación

Los primeros eventos usualmente ocurren dentro de los 2 meses de edad y rara vez después de los 8 meses de edad. Si continúan en la siguiente etapa, aumenta el riesgo de muerte súbita.

En pacientes con ALTE, en los que se sospecha que es causado por ERGE, no se recomienda la terapia médica debido a que no se ha estudiado su efectividad.

ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS

CRITERIOS PARA REALIZAR SERIE ESOFAGOGASTRODUODENAL

- No se recomienda la realización de la serie gastrointestinal superior para demostrar la presencia o ausencia de reflujo gastroesofágico
- Se recomienda la realización de la serie gastrointestinal superior ante la sospecha de una alteración anatómica del tubo digestivo alto

CRITERIOS PARA REALIZAR PHMETRÍA

Se recomienda la monitorización del pH esofágico en pacientes

- Para correlacionar los síntomas con los episodios de reflujo ácido
- Con síntomas atípicos (sibilancias)
- Donde el reflujo ácido puede ser un factor agravante

CRITERIOS PARA REALIZAR IMPEDANCIA INTRALUMINAL MÚLTIPLE COMBINADA CON EL MONITOREO DEL PH (IIM/PH)

La IIM/pH es superior a la monitorización única del pH, para la evaluación de los síntomas relacionados con RGE.

CRITERIOS PARA REALIZAR ENDOSCOPIA Y TOMA DE BIOPSIA

- La biopsia endoscópica no puede determinar si la esofagitis es causada por el reflujo
- El daño esofágico inducido por reflujo es definido endoscópicamente como roturas visibles de la mucosa esofágica distal; en pediatría es gradado por escalas como la de Hetzel-Dent
- La ausencia de cambios histológicos no descarta la enfermedad por reflujo
- 1. Cuando se realiza endoscopia, se recomienda realizar la biopsia esofágica para descartar, entre otras enfermedades:
 - Esofagitis eosinofílica
 - Enfermedad de Crohn
 - Esófago de Barret
 - Infección por CMV

CRITERIOS PARA REALIZAR GAMAGRAMA GÁSTRICO

- El gamagrama gastroesofágico no es un estudio de rutina para pacientes con sospecha de ERGE, pero puede ser de utilidad en pacientes con sospecha de retención gástrica
- No se recomienda la utilización para diagnóstico o manejo de niños con ERGE
- La gamagrafía está indicada ante la sospecha de vaciamiento gástrico retrasado

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

CAMBIOS DE POSICIÓN

- Se recomienda la posición en decúbito supino en menores de 12 meses
- En menores de 12 meses de edad, mantener con almohadas una posición en decúbito lateral NO se recomienda
- La posición prona en menores de 12 meses de edad aumenta el riesgo de muerte súbita infantil
- No se recomienda la posición semisupina o sentada, ya que exacerba los eventos de ERGE

ESPESAMIENTO DE LA FÓRMULA

- El espesamiento de la fórmula se recomienda como parte de los cambios de estilo de vida, específicamente en pacientes con vómito o regurgitación como síntoma principal, o bien en quienes tengan pobre ganancia ponderal, junto con la educación y apoyo a los padres, así como el seguimiento del paciente
- El resultado de espesar la fórmula es disminuir los eventos de regurgitación
- Se recomienda el uso de fórmulas de proteínas hidrolizadas durante 2 a 4 semanas de prueba para descartar alergia a proteína de leche de vaca, en lactantes alimentados con fórmula y que presentan vómito

CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA

- En niños y adolescentes, no hay evidencia que soporte que la restricción de la dieta disminuya los síntomas de RGE; pero sí se recomienda ingerir comidas menos copiosas, al igual que en los lactantes
- En adolescentes con ERGE, dormir en decúbito lateral izquierdo y la elevación de la cabecera de la cama puede disminuir los síntomas y el RGE
- En pacientes con sobrepeso y obesidad, la pérdida de peso disminuye los eventos de reflujo

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES H2 (ARH2)

- El uso de ARH2 produce alivio de los síntomas y curación de la mucosa
- No se recomienda la utilización de ARH2 para uso crónico, por desarrollo de taquifilaxia después de 6 semanas

INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (IBP)

- Los IBP son superiores a los IH2BA en aliviar los síntomas y en la curación de la esofagitis.
- Se recomienda el uso del omeprazol en pacientes con acidez moderada a severa, durante 2 a 4 semanas
- Se recomienda iniciar la terapia con IBP en niños con esofagitis documentada durante 4 a 8 semanas. En esofagitis severa (erosiva) el tratamiento deberá ser de 3 a 6 meses
- No interrumpir súbitamente los IBP, ya que el rebote de la secreción ácida puede ocasionar recurrencia de los síntomas
- Los IBP aprobados para uso en pediatría son:
 - En lactantes
 - Omeprazol
 - Lansoprazole
 - Esomeprazol
 - En niños y adolescentes agregar, además:
 - Pantoprazol
 - Rabeprazol
- En pacientes con dosis moderadas y altas de IBP (por ejemplo, omeprazol 40 mg 1 o 2 veces al día) puede reducirse la dosis a 50% cada semana, hasta suspender los IBP

PROCINÉTICOS

- Los procinéticos tienen un rol limitado en el manejo de ERGE, por razones de seguridad y limitada eficacia
- Debido a los efectos secundarios y a la insuficiente evidencia que soporte o justifique el uso de cisaprida, metoclopramida, eritromicina, betanecol o domperidona en el tratamiento de ERGE, NO se recomienda su uso rutinario
- La prescripción de la cisaprida deberá restringirse a un programa de vigilancia estrecha por el gastroenterólogo pediatra, ya que su uso rutinario para RGE y ERGE no se justifica

ANTIÁCIDOS

Debido a que las alternativas más eficaces (IBP y ARH2) están disponibles, la terapia crónica con amortiguadores, alginatos o sucralfato NO se recomienda para el tratamiento de ERGE.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Se recomienda cirugía antirreflujo en niños con ERGE confirmada, en los siguientes casos:

- Falla de tratamiento médico
- Dependencia a largo plazo del tratamiento médico

- Poco apego al tratamiento
- Complicaciones que amenacen la vida
- Pacientes con daño pulmonar asociado a aspiraciones por RGE

CRITERIOS DE REFERENCIA A TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

- Si persiste la acidez o recurre después del tratamiento, es recomendable que los pacientes sean referidos a tercer nivel de atención
- Si los síntomas empeoran o no se resuelven de los 12 a los 18 meses edad o tiene signos de alarma, se recomienda referir a tercer nivel de atención
- En niños con regurgitación, vómito y poca ganancia de peso, si el manejo dietético falla o los estudios no revelan anomalías, se recomienda referir a tercer nivel de atención
- Se recomienda referir al niño si se sospecha de alguna complicación, tal como:
 - Falla de medro
 - Disfagia
 - Odinofagia
 - Anorexia
 - Anemia
 - Asma
 - Eventos de casi ahogamiento
 - Esofagitis severa
 - Esófago de Barret

4. DIAGRAMAS DE FLUJO

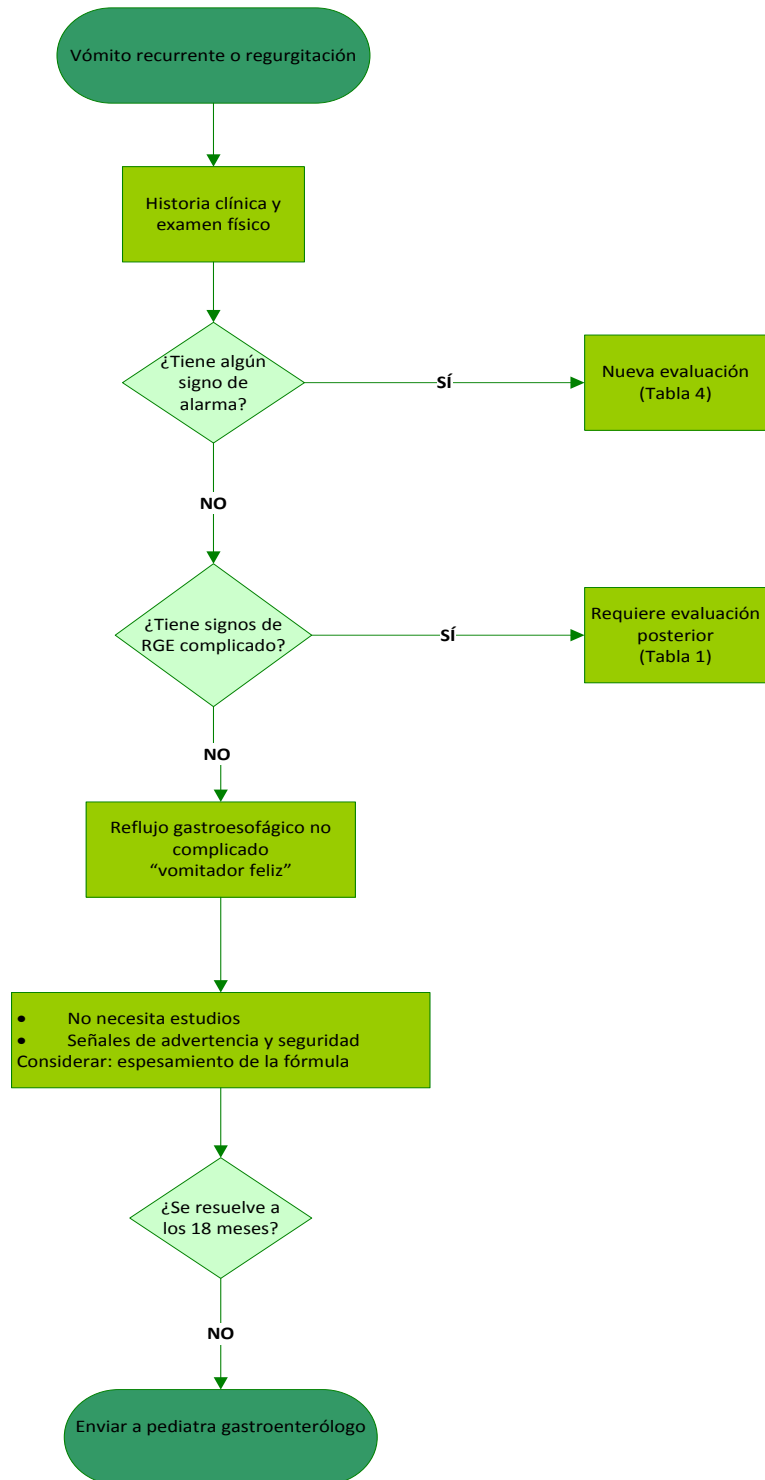


Fig 1. Enfoque de los infantes con regurgitación recurrente y vómito

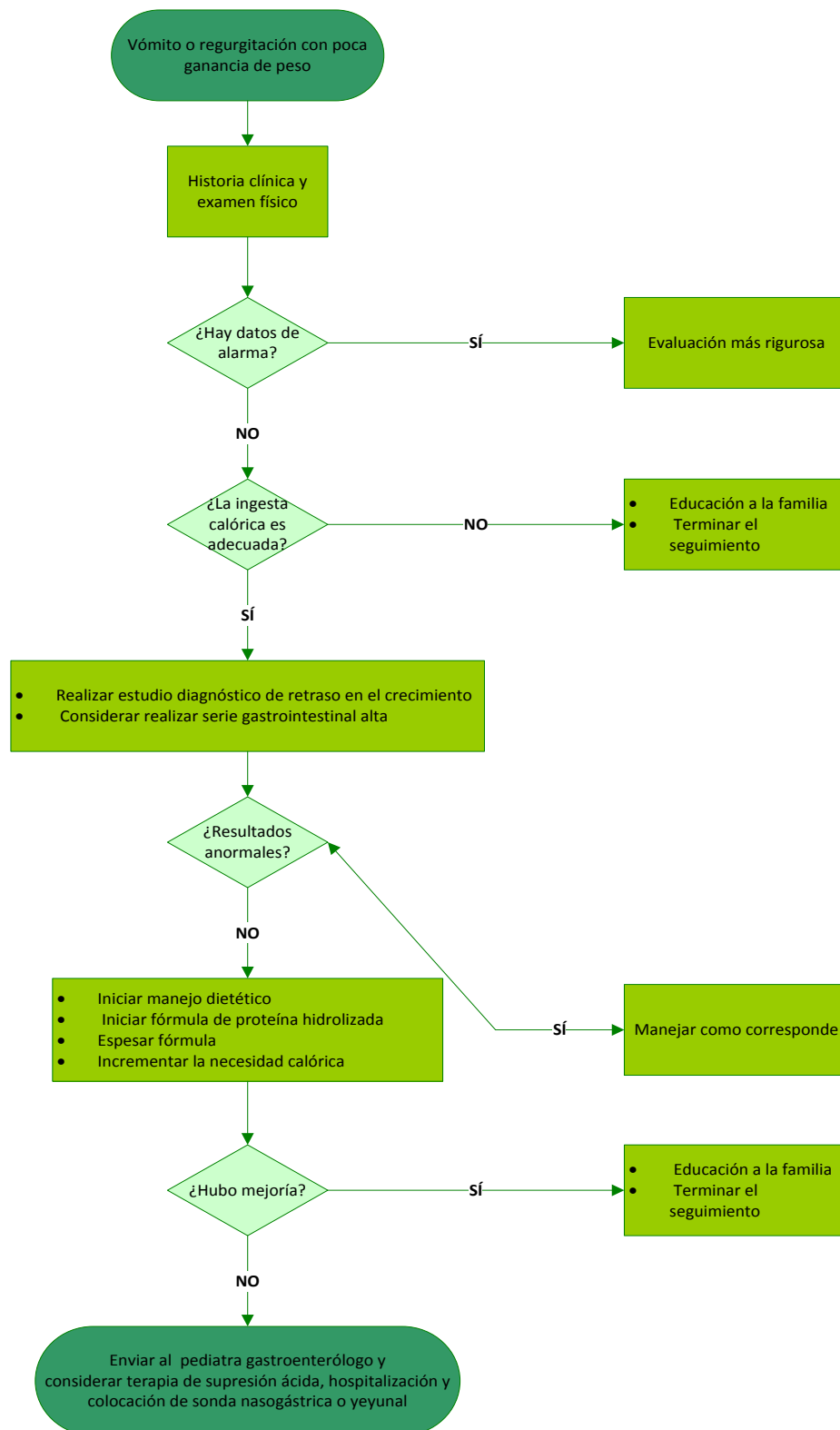


Fig 2. Enfoque de niños con regurgitación recurrente y pérdida de peso

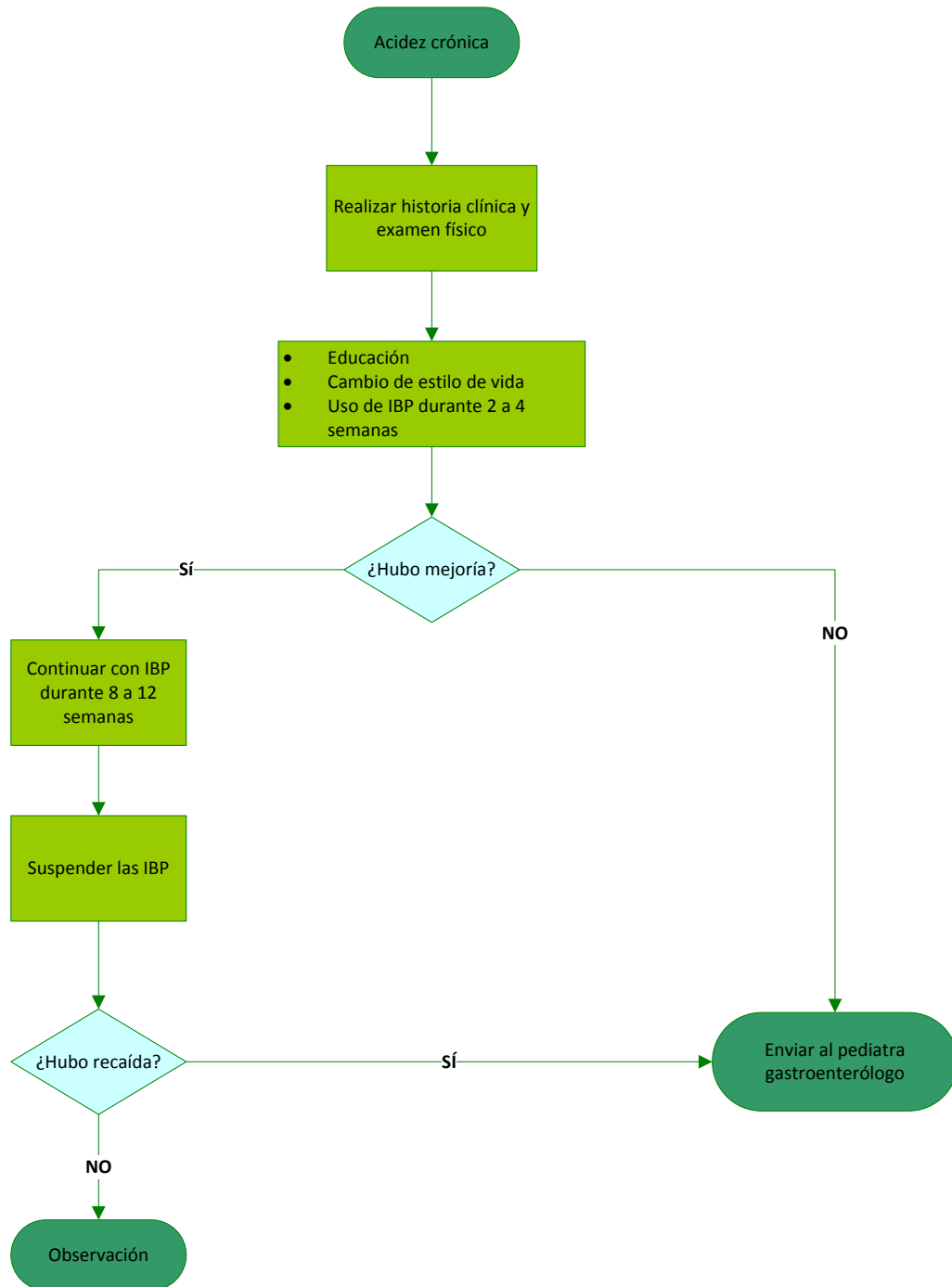


Fig 3. Enfoque de escolares y adolescentes con acidez

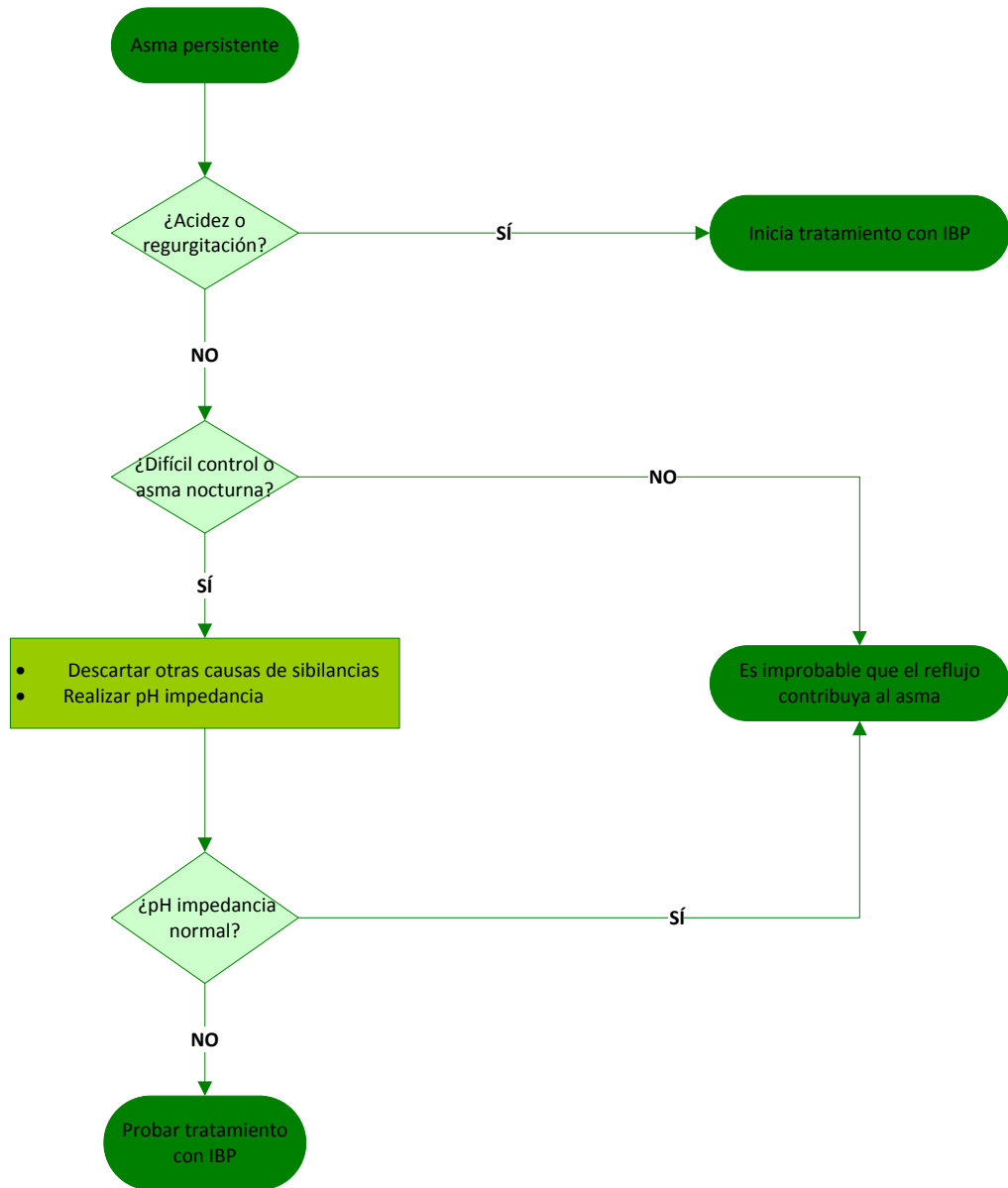


Fig 4. Enfoque de niños con asma que puede ser agravada por ERGE

Avenida Paseo de la Reforma #450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc,
C.P. 06600 México, D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC
© Copyright Secretaría de Salud

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud
2014

ISBN en trámite